Aus der Königl. Psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Siemerling).

Ueber Dipsomanie.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Bernhard Friderici,
approb. Arzt aus Wriezen.

Berlin 1916.
Druck von L. Schumacher, N. 4.

Aus der Königl. Psychiatrischen und Nervenklinik zu Kiel
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Siemerling).

Ueber Dipsomanie.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Bernhard Friderici,
approb. Arzt aus Wriezen.

Berlin 1916.
Druck von L. Schumacher, N. 4.

No. 32.

Rektoratsjahr 1915/16.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Siemerling.

Zum Druck genehmigt:
Lubarsch, zurzeit Dekan.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153718_0223

Die schädlichen Folgen des Alkoholgenusses waren schon den Römern bekannt. Plinius hat in seinen Hist. natur. lib. XIV. C. 22 eine ganze Reihe von Erscheinungen erwähnt, die dann von Seneca in seinen Epist. XCIII noch durch die Halluzinationen bereichert worden sind. Es sind damit bereits von Seneca die Symptome des Delirium tremens beschrieben worden, eines Krankheitsbildes, das erst viel später umgrenzt worden ist.

Von dem inneren nicht bezähmbaren periodischen Drang zum Alkoholgenuss, der heute Dipsomanie genannten Erkrankung, lesen wir erst 1817 in einer Schrift Salvatori's in Moskau und 1819 in einer Abhandlung von Brühl-Cramer. Salvatori nannte das von ihm begrenzte Krankheitsbild Oenomanie, ein Name, der bereits von dem Franzosen Rayer für das Krankheitsbild des heutigen Delirium tremens benutzt worden war. In Erkenntnis der dadurch entstehenden Verwirrung gebrauchte Brühl-Cramer für seine Arbeit den allgemeinen Titel: „Ueber die Trunksucht", der jedoch von Hufeland in seiner Vorrede zu dieser Schrift durch die Bezeichnung „Dipsomanie" ersetzt worden ist. Dieser Name hat sich seitdem in der Wissenschaft eingebürgert, obgleich er wörtlich übersetzt: „Trieb nach Durst" bedeutet. Brühl-Cramer hat jedoch in seiner Abhandlung verschiedene Zustände beschrieben, unter denen eine gewisse Zahl scharf gezeichneter Fälle vorhanden ist, die auch heute noch als Dipsomanie bezeichnet werden müssen; es sind die Fälle, die er unter der Rubrik „periodische Trunksucht" zusammenfasst.

Seitdem haben bei der nicht allzugrossen Häufigkeit der Erkrankung eine grössere Zahl von Autoren Fälle von Dipsomanie beschrieben. Sie alle verstehen darunter ein wohl charakterisiertes Bild von periodisch auftretenden psychischen und physischen Erscheinungen, die dann, wie Magnan sagt, unmotiviert, fast automatisch gefolgt sind von

l'irresistible besoin de boire. Die psychischen Erscheinungen bestehen in einem unbestimmten Gefühl von Traurigsein, Depression, Entmutigung, Arbeitsscheu, in grausigen Vorstellungen, Furcht, Verbitterung, Gemütsverstimmung, Gleichgültigkeit u. dergl.; die physischen in Appetitmangel, Schlaflosigkeit, Präkordialangst, Magenkrampf, Gefühl von Zugeschnürtsein und Brennen im Halse und Abneigung gegen feste Nahrungsmittel. Die Wirkung des Alkohols auf die einzelnen Kranken ist verschieden; die meisten vertragen sehr grosse Mengen, andere dagegen nur geringe. Die letzteren Kranken verfallen in selteneren Fällen in schwere Dämmerzustände mit völliger Amnesie, während für die erst-erwähnten höchstens für nebensächlichere Dinge die Erinnerung fehlt. Nach dem Anfall empfindet der Patient dann Reue, tiefe Niedergeschlagenheit und fasst den festen Vorsatz, keinen Alkohol mehr zu trinken.

Ueberblickt man nun die Ansichten der Forscher über die Aetiologie der Erkrankung, so findet man nicht die Einmütigkeit wie über die Symptomatologie.

Brühl-Cramer und andere hielten eine krankhafte Reizempfänglichkeit der Nerven und besonders des Gehirns infolge des Trinkens für das ursächliche Moment; dem schliesst sich in gewisser Beziehung auch Magnan an, indem er den grössten Wert auf die erbliche Belastung, auf den Alkoholmissbrauch in der Aszendenz legt. Unter den späteren Forschern stimmt Soukhanoff dem zu; Higier dagegen beschreibt einen Fall von Dipsomanie bei einem Abstinenten und kommt zu der noch später zu erörternden Ansicht, dass es sich um eine Psychose sui generis handle. Nur geschichtlichen Wert besitzt die Ansicht Esquirol's, der zu einer Zeit, wo die Systematik der Psychiatrie in dem heutigen wissenschaftlichen Sinne noch nicht ausgebildet war, den Versuch machte, nach eigenartigen Anschauungen Ordnung zu schaffen; er schildert die Dipsomanie unter dem Namen Monomanie d'ivresse als eine Erkrankung des Willens, als eine Monomanie instinctive. Alle geistigen Verrichtungen seien ungestört, nur der Wille sei allein erkrankt, die Hemmung für den krankhaften Trieb zum Trinken sei verloren gegangen.

Andere Autoren halten die Dipsomanie für eine allgemeine Erkrankung der Psyche; nicht für ein wohl charakterisiertes Krankheitsbild, sondern für ein Symptom einer psychischen Erkrankung; so hält Krafft-Ebing die Dipsomanie für eine Unterart der periodischen Manie und stellt sie in Parallele mit der Nymphomanie. Weiter ging Mendel, indem er die Grenzen des Krankheitsbildes nicht beachtete. Er fasste die Dipsomanie als Symptom, auf das bei allen möglichen

Krankheiten auftritt, „bei periodischen Psychosen, bei zeitweiser exazerbierender Moral insanity und ebensolchen Neurosen und ausserdem selbständig als Polydipsie.“

Auch Cramer behauptet, dass es sich in besonderen Fällen um eine periodische Seelenstörung, etwa um eine periodische Melancholie handle, stimmt aber auch für andere Fälle mit Bewusstseinstörungen der Ansicht Gaupp's zu, dass es eine Art epileptischer Erkrankung sei.

Ferner tritt Donath dafür ein, dass die wahre Dipsomanie psychogenen Ursprungs, Teilerscheinung einer psychogenen Degeneration ist, jedoch von der somatischen Dipsomanie, welche bei Psychosen, namentlich bei Epilepsie vorkommt, wohl zu unterscheiden ist. Griesinger, der 1845 die Dipsomanie als Symptom des periodischen Irreseins auffasste, hat später seine Auffassung dahin geändert, dass er von der Dipsomanie als „übler Form der psychischen Epilepsie“ spricht.

Und hiermit beginnt der Hauptunterschied unter den Ansichten der neueren Forscher; scharf stehen die Anhänger der Auffassung, die Dipsomanie sei ein epileptisches Aequivalent, ein Ausdruck der Epilepsie, gegenüber den Verteidigern der Ansichten, dass es sich um eine Psychose sui generis oder um eine Psychose der Entarteten handele.

Hart entbrannt ist der Meinungsaustausch, seitdem Gaupp im Jahre 1901 in einer klinischen Studie an Hand zahlreicher Fälle der Literatur zusammen mit eigenen Fällen den endgültigen Beweis zu erbringen und so der Ansicht der Kräpelin'schen Schule zum Siege zu verhelfen versuchte, dass die Dipsomanie eine Form psychischer Epilepsie sei; denn den dipsomanischen Anfällen sollten regelmässig endogene Verstimmungen vorausgehen, die man gleich den Verstimmungen der Epileptiker als epileptische Aequivalente auffassen muss.

Dieser Anschauung steht die Auffassung Magnan's und seiner Schule gegenüber, die die Dipsomanie als ein Symptom des Irreseins der Entarteten, jedoch nicht als Psychose sui generis angesehen wissen wollen; dementsprechend verwerten sie die abnorme Stimmungslabilität im Habitualzustand der Kranken, die sie, wie auch Pappenheim, als psychopathische Veranlagung, und nicht wie Gaupp, als Produkt des epileptischen Prozesses auffassen. Demgegenüber redet Higier, Gegner der Kräpelin'schen Ansicht, der letzteren Auffassung als Psychose sui generis, als periodischem Zwangsirresein das Wort.

Rieger war es, der sich zuerst energisch gegen die von Gaupp aufgestellten Behauptungen wandte und in aller Klarheit aussprach, „dass die von ihm beobachteten Dipsomanen keine Epileptiker und seine Epileptiker keine Dipsomanen seien“. In diesem Sinne schrieb auch Schenk; nach seiner jetzigen Anschauung „hätten die Epilepsie

und die Dipsomanie nichts weiter gemein als die Periodizität". Früher vertrat er den Standpunkt, bei der Dipsomanie handle es sich um eine der zahlreichen Formen der vasomotorischen Störungen, in ähnlichem Sinne wie Alter, der die Dipsomanie als eine Epilepsie des Vasomotorenzentrums ansprach.

Von verschiedenen Seiten wurde dann noch die Lehre Gaupp's bestritten; so brachte Schröder eine grössere Anzahl von Dipsomanen, ohne dass ein Fall von genuiner Epilepsie dabei war. Auch Bonhöffer erklärt, für ihn unterliege es keinem Zweifel, dass die periodische Trunksucht mit der echten Epilepsie sehr wenig zu tun habe. Die falsche Auffassung der epileptischen Grundlage habe von der Kräpelinschen Schule nur aus dem Grunde gefasst werden können, weil man zu jener Zeit den Degenerationszuständen zu wenig Beachtung geschenkt hätte. Die Kenntnis dieser Zustände habe aber gezeigt, dass Verstimmungen, pathologische Erregungs- und Dämmerzustände auch bei Degenerierten vorkämen, ohne dass man von Epilepsie sprechen darf.

Eine Entscheidung in diesem Meinungsaustausch, ob Epilepsie oder nicht, erbrachte wohl erst die gewissenhafte Kritik und mühevolle Nachuntersuchung der noch erreichbaren Fälle Gaupp's durch Pappenheim. Dieser teilt und erwähnt die Ansicht Gruhle's, der, auf dem Boden Magnan's stehend, diese Meinungsverschiedenheit damit begründet, dass der Begriff der Epilepsie eine derartige Entwicklung durchgemacht habe, dass zwei Fachleute sich oft nicht mehr verstehen, wenn sie sich über Epilepsie unterhalten. Pappenheim hat es daher für nötig erachtet, sich mit aller Genauigkeit über die Ansichten der verschiedenen Schulen über die Epilepsie zu äussern.

Stellt man sich auf den Boden, der einzig und allein eine sichere, von jedem subjektiven Empfinden unabhängige Diagnose „Epilepsie" gestattet, wie er von Binswanger, Raecke, Siemerling, Wilmanns und vielen anderen festgehalten und verfochten wird, so steht es fest, dass die Dipsomanie mit Epilepsie nichts zu tun hat, eine Behauptung, die meiner Ansicht nach durch die später folgenden, mir von Herrn Geheimrat Siemerling gütigst überlassenen Krankengeschichten gestützt wird. Man kann es allerdings nicht von der Hand weisen, dass man auch bei echten Epileptikern, wenn auch in äusserst seltenen Fällen, wie auch Pappenheim nachdrücklich betont, den dipsomanischen Symptomenkomplex finden kann, was bei der grossen Mannigfaltigkeit der Erscheinungsformen der Epilepsie nicht weiter Wunder nehmen kann.

Hat man die Anschauung epileptischer Grundlage ausgeschaltet, so findet man, wie bereits erwähnt, immer noch keine Einigkeit. Es sei

hier auf die bereits angedeuteten Ansichten Magnan's und seiner Schule zurückgewiesen, die von Soukhanoff ins Aeusserste gezogen wird; er hält die Dipsomanie für eine dem chronischen Alkoholismus folgende Phase. Unzweifelhaft ist wohl nur, dass sich in der Aszendenz häufig starker Alkoholmissbrauch nachweisen lässt. Wollenberg erklärte in einem Vortrag über Psychopathen, dass diese zu Dipsomanen würden, sobald die Angst sie dazu triebe, zu trinken; sie seien somit keineswegs als Trinker zu bezeichnen. Rybakow glaubt den Dipsomanen eine stärkere hereditäre Belastung als den chronischen Alkoholisten zuschreiben zu müssen. Zudem unterscheidet er eine selbsterworbene, auf alkoholischer Degeneration beruhende Form von Dipsomanie von der erblichen Form, die ein Ausdruck einer angeborenen psychischen Degeneration sei. Er geht dadurch der Schwierigkeit, eine Entscheidung zu treffen, ob die Dipsomanie eine Psychose sui generis oder eine Psychose der Entarteten sei, aus dem Wege. Vielleicht trifft er damit das Richtige, doch scheint es, als ob die Mehrzahl der folgenden Krankengeschichten die Anschauung Higier's stützten, dass die Dipsomanie eine Psychose sui generis sei.

Eine wichtige im Mittelpunkt der Gegensätze stehende Frage ist die nach der Bedeutung und Art der Verstimmungen; denn mit der Beantwortung dieser Frage fällt oder steht die Gaupp'sche Beweisführung, der dipsomanische Anfall sei epileptischer Natur. Was zunächst die Bedeutung der Verstimmung anbetrifft, so ist man wohl jetzt allgemein geneigt, sie als pathognomonisch zu fordern und periodische Trinkanfälle, die ohne Verstimmungen, allein durch die Gelegenheit zum Trinken veranlasst sind, gemäss dem Vorgehen Legrain's und Margulies' von der echten Dipsomanie abzusondern und als Pseudodipsomanie aufzufassen. Die Entscheidung über die Art der Verstimmungen, ob primär oder reaktiv, begegnet ausserordentlichen Schwierigkeiten. Magnan und die meisten früheren Forscher hielten die Verstimmungen der Dipsomanen für primär; Gaupp geht in seiner Monographie dann so weit, die Endogenität der Verstimmungen als eine conditio sine qua non der Dipsomanie zu erklären. Bonhöffer hält zwar an der primären Verstimmung fest, gibt aber zu, dass häufig ein äusserer Anstoss, ein psychogenes Moment die Trinkperiode auslöst. Ein grosses Verdienst Pappenheim's ist es, in ausführlicher Betrachtung die Ausschliesslichkeit der primären Verstimmungen widerlegt zu haben, ja den Beweis erbracht zu haben, dass die Mehrzahl der Verstimmungen reaktiver Natur ist. Da nun die Verstimmungen der Epileptiker endogen und die der Psychopathen meistens reaktiv sind, so ist die Pappenheim'sche Ansicht der Reaktivität der Verstimmungen ein weiterer

Beweis für die psychopathische und gegen die epileptische Veranlagung der Dipsomanen. Zudem ist zu beachten, dass nach der jetzt allgemein anerkannten Ansicht von Bonhöffer, Bratz und Gruhle die Verstimmungen bei echten Epileptikern selten, bei Psychopathen dagegen ausserordentlich häufig sind. Unhaltbar ist aus diesem Grunde die Folgerung Gaupp's, der aus dem Auftreten von Verstimmungen überhaupt schliessen zu können glaubt, dass die Dipsomanie zum Krankheitsbild der Epilepsie gehöre. Nun liegt es in der Natur des Menschen, für jede Missstimmung irgend einen äusseren Grund zu suchen, eine Tatsache, die zu allem eine Unsicherheit ergibt, eine Verstimmung zweifellos als reaktiv hinzustellen. Ueber diese Schwierigkeit könnte nur die genaueste Beachtung der ausführlichen Pappenheim'schen Betrachtung über Definition der reaktiven Verstimmung und über den psychologischen Zusammenhang der Verstimmungen mit den äusseren Umständen unter Berücksichtigung der habituellen Stimmungsanomalie des Patienten hinweghelfen. Auch Wilmanns macht auf diese Schwierigkeit aufmerksam; das Verbringen Kranker in ihm ungewohnte Verhältnisse könnte den Anstoss geben zu einer ganzen Reihe von verschiedenartigen Störungen, die dann, wie man bei einzelnen Autoren lesen kann, falscherweise als endogene aufgefasst werden. Er fügt dann noch ausdrücklich hinzu: „Das gilt besonders von den Verstimmungen, die in der erzwungenen Musse der Irrenanstalt oft in einer sehr viel ausgesprochneren Weise in Erscheinung treten als unter gewöhnlichen Verhältnissen."

Besser unterrichtet ist man über die Umstände, die den Kranken veranlassen, zum Alkohol zu greifen. Nach Cramer geben manche Patienten an, eine unnennbare Angst, eine unerklärliche Unruhe, ein Misstrauen gegen die Menschen habe ihnen das Schnapsglas in die Hand gedrückt, andere wissen nicht, wie es gekommen ist. So sind auch Gaupp und die meisten Forscher der Meinung, dass die Kranken, um sich von den unangenehmen Empfindungen ihrer Verstimmung frei zu machen, sich zu betäuben versuchen. Stöcker, der im allgemeinen auf dem Boden der Gaupp'schen Theorie steht, meint dagegen, dass es in erster Linie der übermässige Durst sein dürfte, der in Zeiten der Verstimmung steige, und nicht die Sucht, die Verstimmung zu bekämpfen. Wenn auch nicht zu leugnen ist, dass in einzelnen seltenen Fällen ein abnormes Durstgefühl vorhanden ist, sodass ein Patient, wie Cimbal berichtet, aussergewöhnliche Mengen von Milch trank, da es ihm unmöglich gemacht worden war, Alkohol zu erlangen, so kann man in diesen Fällen höchstens davon sprechen, dass das Durstgefühl die Stärke des Verlangens nach Alkohol steigernd beeinflusst. Ich

glaube nicht, dass ein Mensch, der von ausserordentlichem Durst gequält wird, nur um diesen zu löschen, zu Schnaps, Kognak und dergleichen stark betäubenden Sachen greift; er würde allenfalls beim Bier bleiben und schliesslich, wenn ihm die Mittel ausgehen, Wasser oder andere wohlfeile, anerkannt durstlöschende Getränke trinken und sich nicht durch Verbrechen in Besitz der Mittel setzen, um diese „scharfen Sachen“ weiter trinken zu können. Rothamel hat die erstgenannte Anschauung wohl durch die Mitteilung bewiesen, dass Patienten, die im Laufe ihres Leidens zufällig oder durch ärztliche Behandlung erfahren haben, dass ihnen die Narkotika bessere Dienste tun, von den grossen Dosen alkoholischer Getränke ablassen und zu diesen Narkoticis greifen, ja sich diese subkutan einverleiben. Sollten die Patienten dagegen das Durstgefühl als Ursache angeben, so ist dies nach seiner Ansicht nur als Entschuldigungsgrund für das vermeintliche Laster anzusehen. Auch Pappenheim behauptet, dass der Alkoholgenuss nur dem Zwecke der Betäubung der Verstimmung diene, die übermächtige Begierde dagegen auf einer Konstitutionsanomalie beruhe. Auch in dieser Beziehung liefern die nachfolgenden Krankengeschichten einen Beitrag.

Fall **1.** W. P., geb. 7. 12. 1872. Anstaltsaufenthalt: 15. 5. 1905 bis 19. 8. 05 und 9. 9. 1905 bis 14. 11. 1905.

Keine Heredität. Kinderkrankheiten: Masern, Scharlach, mit 7 und 8 Jahren Lungenentzündung. Mit 13 Jahren ist dem Patienten eine Kugel gegen die Nase geflogen; er soll einige Stunden bewusstlos gewesen sein, jedoch trat kein Erbrechen und kein Schwindel auf; später wurden keine Folgen gespürt. Pat. hat nie an Ohnmachten, Schwindel oder Krämpfen gelitten; sowohl er, wie sein Vater sind sehr reizbar. Den Militärdienst hat Pat. ohne Schwierigkeiten abgeleistet. Mit 25 Jahren hat er seine Jugendfreundin geheiratet, mit der er glücklich lebt. Zwei gesunde Kinder. Im Geschäft ist er sehr tüchtig. Er war aber immer verschwenderisch und leichtsinnig, rauchte stark und trank zeitweise viel, besonders, wenn er in Gang gekommen war; er vertrug nichts, wurde dann bald erregt, reizbar, schimpfte und warf das Geld nur so fort. Zum Trinken kommt er nach seiner Ansicht ganz plötzlich meist durch Verführung, im Anschluss an Geschäftstouren. Pat. bleibt dann tagelang von Hause fort; nachher ist er sehr betrübt, weint und verspricht alles. Bald ist es aber wieder das alte Leiden. Die längste Zwischenzeit, in der Pat. so gut wie gar keinen Alkohol trinke und auch kein Bedürfnis danach habe, beträgt 5 Monate. Ein längerer Aufenthalt in einer Trinkerheilanstalt brachte keine Besserung, auch seine Mitgliedschaft im Guttemplerorden hielt ihn nicht ab, bald rückfällig zu werden. Auffallender Stimmungswechsel ist sowohl vom Vater als der Frau nicht bemerkt worden; auf Befragen gibt jedoch der Vater an, dass Pat. zu Zeiten stundenlang vor sich hinbrüte, zu andern Zeiten aber lustig sei, vor sich hin pfeife und keinen krankhaften Eindruck mache. Das Bevorstehen eines Anfalles kann von der Frau nicht sicher

angegeben werden, er redet dann mehr, habe nicht die Stetigkeit zur Arbeit und klage über Herzklopfen, aber nie über Ohnmachten, Schwindel oder Kopfschmerzen. Pat. gibt selbst an, dass er etwa 1—1½ Stunde vor dem Anfall Herzklopfen bekomme, unruhig sei, lebhafte Gedanken habe, Luftschlösser baue und Pläne für die Zukunft entwerfe. Die Stimmung sei heiter und sehr vergnügt. Irgend eine Gelegenheitsursache, meist geschäftlicher Natur veranlasse ihn 1—2 Glas Bier zu trinken, und dann sei es „vorbei". Von selbst fange er nicht an; er habe auch nicht einen unwiderstehlichen Drang, der ihn aus dem Hause zum Trinken treibe. Während seines Aufenthaltes in der hiesigen Nervenklinik erzählt Pat. jedoch, dass er im Anschluss an Aerger mit seinem Vater zum Trinken gekommen sei, dieser hätte, da er sehr reizbar sei, ihm oft in Gegenwart des jüngsten Angestellten die grössten Grobheiten gesagt, das sei ihm tagelang nachgegangen; alles sei ihm überdrüssig und gleichgültig geworden, und er hätte dann getrunken. Nach den beiden ersten Gläsern habe er noch ein ängstliches Gefühl, etwas getan zu haben, was er nicht tun dürfe, geniere sich dann, nach Hause zu gehen, trinke weiter und im Augenblick sei dann dies Gefühl geschwunden; willenlos trinke er nun unaufhörlich weiter. Seine anfangs heitere Stimmung schlage dann plötzlich um, er werde traurig und habe sogar gelegentlich auf der Höhe der Trunkenheit geweint. Er tränke stets gute Sachen, habe er kein Geld bei sich, so leihe er sich welches auch von Leuten, von denen er sich sonst nichts leihen würde.

Als Pat. gelegentlich einer Geschäftsreise wieder 2 Glas Bier getrunken hatte, sagte er zu sich: „Pass auf, dass dir nichts passiert", stand dann auf und fuhr zu dem nächsten Ort, wo er zu tun hatte. Dort musste er angeblich einen Geschäftsmann, der unglücklicherweise im Wirtshaus sass, sprechen. Er trank mit diesem und „nach dem ersten Glase war es vorbei". Wieviel er getrunken habe, wisse er nicht, jedoch sei er stets bei klarem Verstande gewesen; dachte aber nicht mehr daran, dass ihm etwas passieren könne. Plötzlich sei ihm der Gedanke gekommen, nach Lübeck zu fahren. Von nun an wisse er nicht mehr, was geschehen sei. Er wurde nach 2 Tagen von einem Angestellten des Geschäfts aus einem Bordell unter heftigem Sträuben, da er sich genierte, nach Hause gebracht: früher sei er stets von selbst nach Hause gegangen. Nun sei wieder die trübe Stimmung über ihn gekommen, sodass er niemand sehen wollte; in solcher Stimmung habe er vor 4—5 Jahren versucht, sich den Hals durchzuschneiden, jedoch ist ihm von der Mutter noch rechtzeitig das Messer weggerissen worden. Eine Narbe an der rechten Seite deutet noch darauf hin. Ein ähnlicher Versuch ist nicht wieder vorgekommen. Er bleibt nach den Anfällen tagelang im Bett, ohne jedoch in den ersten Tagen zu schlafen, später tritt dann Einsicht und Reue auf; und er ist dann niedergeschlagen, menschenscheu und grübelt still vor sich hin.

Die ersten Symptome seiner Krankheit zeigten sich schon mit 19 Jahren. Sobald Pat. trank, bekam er die Neigung, Geld auszugeben und kaufte sich für ihn unbrauchbare Sachen, was ihm später leid tat. Bezüglich des Trinkens konnte er sich jedoch noch beherrschen, erst nach der Heirat steigerten sich allmählich die Erscheinungen; er konnte jetzt nichts mehr vertragen.

Der Status des Pat. bietet nichts Besonderes; der Schädel ist auf Beklopfen nicht empfindlich, die Pupillen gleich, mittelweit und rund. Die Zunge wird gerade herausgestreckt, zittert ein wenig, Gaumen und Rachen sind frei. Abdominal-, Kremaster-, Plantar- und Achillessehnen-Reflexe positiv, Kniephänomen lebhaft. Vasomotorisches Nachröten. Nervenstämme und Muskulatur sind auf Druck nicht empfindlich. Motilität und Sensibilität ohne Störung.

Während der beiden ersten Monate seines Aufenthaltes in der hiesigen Nervenklinik ist Pat. stets heiter und zufrieden, frei von jeder Verstimmung gewesen. Er hatte zu wiederholten Malen Urlaub erhalten und ist stets nüchtern heimgekehrt, bis auf ein Mal, wo er in stark angetrunkenem Zustande in einer Droschke in die Klinik zurückkehrte. Er hält eine halbvolle Flasche Bier in der Hand, trinkt dem Arzte zu und sagt, er wolle nicht hierbleiben. Er muss mit Gewalt auf die Station gebracht werden, wogegen er sich heftig sträubt, lässt sich hinfallen und brüllt. Im Bad weigert er sich, sich auszukleiden, schlägt um sich und ist von drei Wärtern kaum zu halten. Nach einiger Zeit beruhigt er sich soweit, dass er nach und nach entkleidet werden kann; dazwischen springt er immer wieder auf, schreit, weint und redet in theatralischer Weise. Sagt plötzlich zum Pfleger: „Sie haben ja zwei Augen! Mensch sag mal, was fehlt mir eigentlich? Rächen werde ich mich, rächen, bitter rächen! Meine Frau ist hier gewesen, sie hat auch keine Zeit für mich, ich habe auch keine Zeit mehr für sie.“ Theatralisch: „Wohin, wohin, wohin, in die Isolierabteilung, das ist das Los. — Vater, du hast mich so schlecht behandelt, du hast alles zu mir gesagt und ich habe es hingenommen, jedes Wort, ach Gott, ich habe es hingenommen, jedes Wort, das sollst du nicht auf die Wage gelegt haben, nein! —

Herr Doktor, schmeissen Sie mich hier raus, ich kann doch hier nicht länger liegen; das sage ich euch vorher, wenn ich nicht heraufkomme auf die Villa und kriege meine Frau nicht wieder zu sehen, ich schlage euch die ganzen Scheiben, die ganze Baracke kaput. Ich muss meine Frau sehen, und ich will jetzt aus der Bude raus.“ Schluchzt heftig: „Wenn das nun ein ganz gewöhnlicher Mensch ist, dann heisst es, was will der Mensch in der Nervenklinik, und wenn es jemand ist, der Geld hat, dann heisst es, der Mensch ist krank.“

Plötzlich: „Mensch, ist das nur möglich, kann ich nicht wieder raus! In die Baracke bringen Sie mich nicht wieder hinein. Sagen Sie mir, wieviel Uhr ist es? ($^1/_2$5 Uhr.) Nein, es ist später, die Uhr muss 6 sein. Geben Sie mir eine Zigarre! Das tut mir weh, Mensch, lass mich doch wieder raus aus dem Bade, ich bin ja schon eine Stunde hier drin. Aber Herr Doktor, das sag ich Ihnen, in die Baracke bringen Sie mich nicht wieder hinein, und wenn es die ganzen Fensterscheiben kostet, da gehe ich nicht hinein. Jawohl, jawohl, ja, das ist so wichtig! Nun gehen Sie doch nach Hause, was wollen Sie hier bei mir stehen? Kann ich nicht aus dem Wasser rauskommen? Lassen Sie mich raus!“ Wenn das Zimmer fertig gemacht ist, wird ihm entgegnet. „Zimmer! Mein Zimmer ist oben; ich soll nicht oben rauf kommen?“ „„Wenn Sie ruhig geworden sind!““ „Wenn ich ruhig geworden bin,“ (wiederholt sich) „sollen Sie mich in die Baracke hineinbringen? Ist das wahr?“ Springt

plötzlich aus dem Bade und will zur Tür hinaus. Zum Pfleger gewendet: „Sag mal, bin ich verrückt? Ich bin ja ganz normal! — Elli! (weint und schluchzt) Elli! Du hast einen verrückten Vater, einen ganz verrückten Papa hast Du! Kennen Sie meine Tochter? Ich möchte, ich kennte sie auch nicht! Und doch, sie ist so lieb, meine Tochter! Was ist denn los mit mir, was ist denn los! Ich habe mich mokiert über die Leute, die in die Baracke kamen und jetzt komme ich selbst dorthin! Das schwör ich Euch zu! Nicht umsonst, nicht umsonst, nicht umsonst!" Er soll nun ins Bett gebracht werden. „Wo komme ich hin? In die Baracke? Nein, nein, ich sage, ich bleibe nicht in der Baracke! Da sollen Sie mich heute noch ins Isolierhaus bringen, ich bleibe nicht in der Baracke." Alles ist mit ausserordentlichem Affekt vorgebracht worden.

Nachdem Pat. ausgeschlafen hat, erzählt er am nächsten Tag, er habe plötzlich Durst bekommen und wollte ein Glas Bier trinken. An die Gefahr eines Anfalles hätte er nicht gedacht. Wie er das erste Glas getrunken hätte, da wäre es vorbei gewesen und er habe mehr getrunken, wieviel wisse er nicht. Von da an wisse er überhaupt nichts mehr; nicht, wie er gestern in die Klinik gekommen sei, nicht, wie es im Bade gewesen wäre. Er habe gewusst, dass seine Frau kommen wollte. Er hätte keine Willenskraft. Dass es mit ihm ernst stände, sehe er ein, glaubt aber nicht, dass eine längere Kur ihm etwas helfen würde. Darauf weint er, erklärt jedoch sehr heftig, in der Baracke bliebe er nicht, sonst ginge er fort. —

Am nächsten Tage bedauert Pat. die Vorgänge der letzten Tage, zeigt aber nur wenig Einsicht, und drängt, trotzdem er jetzt in der Villa liegt, auch während der nächsten Tage fort. In neue Aufregung gerät Pat., als seine Frau ihm mitteilt, dass es für ihn besser sei, dass er unter Kuratel gestellt würde. „Deswegen hätte man ihn überhaupt nur in die Nervenklinik gebracht, und er wolle nun von seiner Familie nichts mehr wissen, sich scheiden lassen, und seinem Vater in seiner Heimatstadt Konkurrenz machen." Erst am nächsten Tag wird er einsichtig und will seine Familie bitten, noch einen Versuch mit ihm zu machen, er wolle in einen Abstinentenverein eintreten, und dann werde alles gut gehen. In zuversichtlicher Stimmung hat er in der nächsten Woche die Klinik verlassen. Bei seiner Vorstellung in der Klinik nach $^1/_4$ Jahr gibt Pat. an, dass inzwischen kein Anfall mehr aufgetreten ist, und er jetzt ganz abstinent lebe.

Fall 2. E. A., geb. 1. 7. 1864. Anstaltsaufenthalt: 14. 2. 1910 bis 19. 2. 1910.

Der Vater des Pat. war starker Trinker, die Mutter wurde nach der Geburt des Pat. geisteskrank, ihr Zustand besserte sich zwar später, soll aber immer komisch geblieben sein. Eine Schwester war in der Provinzialirrenanstalt in Schleswig. Pat. hat nie an Schwindel, Ohnmachten oder Krämpfen gelitten. Seit 20 Jahren ist Pat. verheiratet und hat jetzt 8 gesunde Kinder. Von seiner Frau wird Pat. als tüchtiger, arbeitsamer Mensch geschildert. Früher wäre er öfter betrunken gewesen, er bekäme alle Vierteljahr seine Tour im Trinken und wisse dann nicht, was er tue, sonst wäre er ganz nüchtern.

Die Krankheitsdauer vor der Anstaltsaufnahme beträgt ca. 20 Jahre. Vor dem Anfall habe er Druck im Kopf; er sei dann kopfschwach; der Schinn wachse ihm auf dem Kopfe an; er kratze das vom Kopf herunter und wisse dann gar nicht, was mit ihm los sei, rege sich über Kleinigkeiten auf, ärgere sich furchtbar und müsse dann trinken. Er vertrage nur wenig Alkohol und sei nach dem Genuss desselben immer 3 Tage krank.

Auf einer Geschäftsreise habe er diesmal viel getrunken, so dass er angeheitert war. In diesem Zustand ist er unterwegs überfallen, beraubt und geschlagen worden. Pat. ist nach K. zurückgegangen zur Polizeiwache und dann ins Krankenhaus, wo er aber wegen schlechten Essens fortdrängte. Nach seiner Entlassung habe er wieder Bier getrunken und dann seinen Schwager aufgesucht; dieser habe ihm gesagt, er sei betrunken. Darüber ist er so in Erregung geraten, dass er, wie seine Frau mitteilt, aus dem Fenster hat springen wollen. Man hat ihn dann veranlasst, in Begleitung seiner Frau in die Nervenklinik zu gehen. Hier hat er gut geschlafen und fühlte sich auch wohl; er wurde dann wegen Erysipels des Kopfes, von Verletzungen ausgehend, in die medizinische Klinik verlegt.

Ausser den frischen Verletzungen sind auf dem Kopfe noch verschiedene weisse Narben. Schädel auf Druck und Beklopfen empfindlich. Die Pupillen sind mittelweit, links eine Spur weiter als rechts, etwas entrundet. R/L positiv, R/C positiv, A. B. frei. Keine Sprachstörungen. Starker Foetor alcoholicus. Die gesamten Reflexe sind im ganzen normal, undeutliches vasomotorisches Nachröten. Die grossen Nervenstämme sind auf Druck empfindlich.

Fall 3. W. N., geb. 24. 11. 1878. Anstaltsaufenthalt: 15. 5. 1912 bis 1. 6. 1912 und 4. 6. 1912 bis 22. 6. 1912.

Keine Heredität. Eltern und Geschwister leben; eine Schwester an Schwindsucht, ein Bruder an unbekannter Krankheit gestorben.

Ueber den Geburtsverlauf des Patienten ist nichts bekannt, er habe rechtzeitig sprechen und laufen gelernt. An Krämpfen und Bettnässen habe er nie gelitten. In der Schule habe er gut gelernt, auch seine Militärzeit hat er ohne unangenehme Zwischenfälle glatt verbracht und ist als Gefreiter abgegangen. 1902 hat Patient geheiratet; jetzt vier gesunde Kinder. Im folgenden Jahr hatte sich Patient als Kaufmann selbstständig gemacht, hätte aber wegen zu geringen Betriebskapitals Konkurs machen müssen.

Nach Angabe seiner Frau hat Patient mit dem Rückgange seines Geschäftes angefangen stark zu trinken, seit dieser Zeit ist er auch unruhig und sonderbar. Durch zu starkes Rauchen hat Patient sich damals auch eine Nikotinvergiftung zugezogen. Er selbst gibt an, dass er seit einigen Jahren an sich tourenweise Zustände bemerkt hätte, in denen er leicht aufschrecke, vorübergehend aufgeregter Natur sei und bei den geringsten Vorfällen im Geschäft so erregt würde, dass er sich dem Chef gegenüber nicht halten könne. Schon seit seinem 20. Jahre habe er regelmässig Bier und Schnaps getrunken, aber erst seit einem Jahre nur periodenweise; es folgten ganze Zeiten, wo er garnichts trinke, mit solchen, wo er sehr viel zu sich nähme. Alle 3—4 Monate müsse

er trinken; es melde sich richtig der Drang nach Alkohol und zwar so stark, dass er nicht dagegen ankönne. Er merke es, wenn die Perioden kommen, er trinke dann 3 -4 Tage vorher allmählich jeden Abend etwas mehr. Er könne gut 10—15 Glas Bier vertragen, werde nie sinnlos betrunken, nur erregter und lebhafter; am nächsten Tage wisse er über die Vorgänge ganz gut Bescheid. Wenn die Touren vorüber sind, dann tue es ihm immer sehr leid. Während der Trinkperioden ist Patient gewöhnlich in seiner Heimatstadt geblieben, nur die beiden letzten Male ist er fortgereist. Zu seinen Reisen hat Patient sich immer von seinem Chef (er hat seit seinem Geschäftsverlust verschiedene Stellungen innegehabt) Urlaub geben lassen, weil er sich Geld für ein eigenes Geschäft besorgen wollte; seiner Frau hat er über den Zweck seiner Reisen etwas vorgelogen; er soll überhaupt lügenhaft geworden sein. Auf seiner ersten Reise hat er sich in zwei Nachbarorten herumgetrieben und fürchterlich getrunken, bis er kein Geld mehr gehabt hätte, dann hätte er, nach 8 Tagen, seine Frau um Geld zur Heimreise antelephoniert. Das Leben sei ihm in diesen Tagen so leid gewesen, dass er Selbstmord habe begehen wollen; eine Abschiedspostkarte hatte er schon geschrieben, aber nicht abgesandt; nach seiner Heimreise hat er sie seiner Frau gezeigt. Der Gedanke an seine Familie, wie Patient dem Arzt erzählte, oder das Glockenspiel der Kirche, wie er seiner Frau sagte, hätte ihn von seinem Vorhaben abgehalten. Sein Chef hat ihn zurück geholt. Patient kam äusserst niedergeschlagen und ganz heruntergekommen zu Hause an. Warum er nicht sofort wieder nach Hause gekommen sei und weshalb er seiner Frau etwas vorgelogen hätte, wisse er nicht.

Seine zweite Reise hat Pat. in Geldangelegenheiten drei Monate später gemacht; seiner Frau erzählte er, er müsse Waren einkaufen.

Da eines seiner Kinder schwer erkrankt war, kam er nach zwei Stunden plötzlich zurück; er hat ausserordentlich blass und verstört ausgesehen. Pat. hat sich dann zwei Tage Urlaub geben lassen unter Angabe derselben Gründe. Er ist dann fortgereist, hat seine Frau drei Tage ohne Nachricht gelassen und dann ein sonderbares Telephongespräch geführt. Er hatte wieder sehr viel getrunken und roch bei seiner Rückkehr stark nach Alkohol. Mit der Polizei ist er auf beiden Reisen nicht in Konflikt geraten. Auf Veranlassung seines Arztes hat er sich dann in die Klinik aufnehmen lassen, verliess dieselbe aber nach 14 Tagen auf Betreiben seiner Frau, da sein Sohn erkrankt war; wurde aber schon nach vier Tagen von seinem Arzt zurückgeschickt.

Schlaf und Appetit sei immer gut, Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, Ohnmachten oder Krämpfe hätte er nie gehabt; über sein Gedächtnis könne er nicht klagen. Er glaubt, dass das vergebliche Bemühen, Geld für sein neues Geschäft zu erhalten, ihn so mitgenommen hätte.

Pat. hat mässig kräftigen Knochenbau, schlaffe Muskulatur, geringes Fettpolster. Sein Hinterhaupt ist stark gerundet und vorgewölbt. Keine Druck- und Klopfempfindlichkeit des Schädels. Die Pupillen sind mittelweit, rund und gleich. R/L positiv, R/C positiv, A.B. frei. Zunge zeigt keine Narben; der Gaumen ist steil. Die sämtlichen Reflexe sind gesteigert. Es besteht kein Tremor, keine Ataxie. Die Nervenstämme sind nicht druckempfindlich.

Während seines Aufenthaltes in der Klinik soll Pat. sich stets angemessen und ruhig benommen haben, zeitweise aber einen verstockten Gesichtsausdruck gehabt und sich nur sehr ausweichend über seine Angelegenheit geäussert haben. Auch über seine Zukunft zeigt er sich etwas gleichgültig.

Fall 4. K. Bl., geb. 1872. Anstaltsaufenthalt: 25. 5. 1913 bis 27. 5. 1913. Bl. verliess schon mit 12 Jahren die Schule; er hat eine normale Entwicklung durchgemacht. In seiner Kindheit litt er öfter an ängstlichen Träumen. Das Maurerhandwerk, dem er sich zugewandt hatte, musste er „aus finanziellen Gründen“ wieder aufgeben; er war dann Dachdecker und schliesslich Schiffbauer. Während seiner Militärzeit hat er sich gut geführt und wurde als Gefreiter entlassen. Bl. war dann längere Zeit wieder auf der Werft und ist jetzt seit acht Jahren Laboratoriumsdiener. Seine jetzt neunjährige, im ganzen glückliche Ehe blieb aus unbekannten Gründen kinderlos. Bl. war nie krank, hat nie viel getrunken. Er war immer lustig, kein Kopfhänger. Vor 2 Jahren, also mit 38 Jahren, wurde er ohne Grund aufgeregt, alles reizte ihn; es trieb ihn fort; er wollte ein Glas Bier trinken; im Wirtshaus traf er Bekannte, mit denen er noch fünf Glas trank; dann zog es ihn wieder weiter. Er wurde aufgeregter und zugleich verstimmter. Mit seinen Bekannten bekam er Zank und trieb sich allein ziellos im Ort einen Tag und eine Nacht umher. Es kam ihm vor, als hätte er einen Schleier vor den Augen; es war ihm übel, jedoch hatte er kein Erbrechen, bekam Schmerzen im „Kopf und Haaren, sodass beim Kämmen heftiges Reissen entstand“. Wo er gewesen ist, wisse er nicht, auch sonst fehlten in der Erinnerung einzelne Stunden. Als er wieder zu sich gekommen war, ging er nach Hause und legte sich ins Bett, ohne schlafen zu können. Er hatte Herz- und Kopfschmerzen und war sehr missgestimmt. Nach zwei Tagen war alles vorüber, jedoch hatte er die Empfindung, als ob sein Bewusstsein nicht so ganz klar sei. Bei dieser Mitteilung ruft Bl. unter Tränen aus, er wolle lieber tot sein, als verrückt werden.

Den 2. Anfall hatte er vor zwei Monaten angeblich im Anschluss an Aerger im Dienst; er ging daher abends ein Glas Bier trinken. Auch diesmal trank er dann noch mit Bekannten 6—7 Tulpen. Um 1 Uhr nachts hatte er plötzlich das Gefühl, er müsse fort tief ins Gehölz. Von nun an fehlt ihm die Erinnerung. Am Vormittag wurde er wieder klar, genierte sich aber nun nach Hause zu gehen und trieb sich noch bis abends umher. Zu Hause angekommen, legte er sich wieder missgestimmt ins Bett und fuhr seine Frau an, sie sollte ihn in Ruhe lassen. Am nächsten Tage versah er wieder seine Arbeit, jedoch machte er sich Gedanken, wie das nur alles gekommen sei.

Seinen letzten Anfall bekam er am 21. 5. 1913. Er war mit seiner Frau ausgegangen, um den Fackelzug anzusehen; nachher ging er ins Wirtshaus und hier spielte sich derselbe Vorgang ab, wie in den beiden vorhergehenden Anfällen. Er war die Verstimmung nicht los geworden, die er darüber empfunden, dass seine Frau am Tage gesagt hatte, er solle nicht zum Fackelzuge gehen. Er lief dann in ein anderes Wirtshaus, trank im ganzen etwa 5 Tulpen;

den Rest der Nacht irrte er wieder umher, ohne zu wissen, wo er war. Am nächsten Morgen besuchte er abermals ein Wirtshaus und trieb sich dann den ganzen Tag umher, um am Abend wieder im Wirtshaus zu landen. Dort zechte er bis 3 Uhr; ein alter Bekannter, der ihm riet nach Hause zu gehen, nahm ihn schliesslich zu sich in seine Wohnung. Um $4^1/_2$ Uhr befiel Bl. wieder eine Unruhe, er klagte über Kopfschmerzen und fühlte den Drang fortzulaufen: er wollte nach W.'hafen fahren und dort arbeiten, weil er seine bisherige Stelle zu verlieren fürchtete. Als er nach ziellosem Wandern abends nach Hause kam und Geld von seiner Frau haben wollte zur Ausführung seines Planes, dieses jedoch verweigert wurde, wollte er ins Wasser springen. Die Mitteilung seiner Frau, sein Chef wolle ihn ins Krankenhaus bringen, veranlasste dann Bl. an den Hafen zu laufen. An diesem Tage und der darauffolgenden Nacht will Bl. nur zwei Tulpen getrunken haben. Am Morgen wollte er sein Verlangen nach Geld erneuern; sein Chef brachte ihn sofort ins Krankenhaus.

Aus dem Status wäre nur folgendes zu erwähnen: bläuliche Farbe der Haut und Schleimhäute. Diffuse Klopf- und Druckempfindlichkeit, besonders in der linken Parietalgegend. Bei Druck auf Trigeminus I und II habe er unangenehme Gefühle im Scheitel. Pupillen mittelweit und gleich. Trockene, belegte Zunge, die etwas zittert. Die Uvula ist geschwollen und etwas nach links abweichend. Die Sprache ist monoton, artikulatorisch frei. Kein Tremor manuum, keine Ataxie. Sämtliche Reflexe normal. Leber druckempfindlich.

Nach seiner Aufnahme zeigt Bl. ein gedrücktes Wesen, ist jedoch ziemlich anspruchsvoll. Er läuft mittags im Zimmer ruhelos auf und ab, ohne etwas zu geniessen. Bei der ärztlichen Visite wird er erregt und schimpft in unflätiger Weise über das Essen und seine Behandlung. „Wenn er bis abends keine Zigarette bekommen hätte, gehe er weg; er käme hier schon heraus.“ Auf energisches Zurechtweisen beruhigt er sich.

Während der Nacht stellt sich erheblicher Durchfall mit krampfartigen Schmerzen ein. Pat. wurde, weil Typhusverdacht besteht, nach der medizinischen Klinik verlegt.

Fall 5. Gr., 41 Jahre alt. Anstaltsaufenthalt: 20. 2.—22. 2. 1908.

Pat. wurde von vorüberfahrenden Matrosen auf einer Dampferbrücke, ein Bein im Wasser hängend, in sich versunken und ohne Kopfbedeckung, beobachtet. Man machte die auf der Brücke befindlichen Bootsführer auf Gr. aufmerksam und fuhr weiter, musste jedoch sofort wieder umkehren, da sich Gr. inzwischen ins Wasser hatte fallen lassen. Der bereits an die Brücke schwimmende Gr. wurde dann der Polizei und von dieser der Klinik übergeben. Gr. riecht stark nach Alkohol, ist erregt und drängt fort, da er nicht mehr leben wolle. Zureden ist erfolglos. Nachdem Pat. etwas geschlafen hat, ist er etwas ruhiger, aber deprimiert. Bei Berührung fährt er ängstlich zusammen und klagt, dass er in schlechten Verhältnissen sei, keine Arbeit hätte und seinen Verpflichtungen nicht nachkommen könne. Gestern habe er 8 Mark vertrunken und das tue ihm nun sehr leid. Trostsprüchen gegenüber verhält er sich ablehnend; er habe über einen Monat Angst und ein beklommenes Gefühl, er

müsse immer grübeln. Er suche diese Empfindungen zu betäuben, aber wenn er 2 Glas Bier getrunken hätte, dann wisse er nicht mehr, was er tue.

Gr. ist immer gesund gewesen. Heredität wird geleugnet. Krämpfe und Schwindel habe er nie gehabt. Vom Militärdienst ist Gr. frei gekommen; aus seiner Lehre ist er wegen allzureichlicher Prügel entlaufen und hat dann mit Zigeunern ein unstetes Wanderleben geführt. Später hat er seine Lehrzeit beendet. Mit 20 Jahren habe er durch Kollegen verführt, zu trinken angefangen. Wenn er einmal trinke, so trinke er gleich tagelang, solange er Geld hätte. Vor den Trinkperioden hätte er Angst und Beklemmung, nachher komme der „Moralische", und das sei das Schlimmste. Sieben Jahre ist er Mitglied des Guttemplerordens gewesen und habe sich wohl dabei gefühlt; dann sei er durch grosse Geldverluste bei einem Konkurse wieder ins Trinken geraten. Vor eineinhalb Jahren war es wieder gelungen, ihn abstinent zu machen, aber nach einem Jahr wurde er wieder rückfällig, durch Sorgen veranlasst. Wenn er keine Arbeit habe, so fange er an zu trinken, um sich zu betäuben. In der Trunkenheit sei er vor einem viertel Jahr hingefallen, seitdem habe er ein Klingen im Ohre behalten. Diesmal wäre er durch den Empfang von Rechnungen und den Steuerzettel, die er nicht hätte bezahlen können, da er keinen Verdienst hätte, zum Trinken veranlasst worden, und darüber wäre er so verzweifelt gewesen, dass er sich das Leben habe nehmen wollen. Gr. wird jetzt als tüchtiger Mensch hingestellt.

Als wesentliche Punkte aus dem Status sind anzuführen, dass der Kopf weder druck- noch klopfempfindlich ist, die Pupillen mittelweit, gleich und rund sind. Sämtliche Reflexe sind normal. Die linke Nasolabialfalte ist stärker ausgeprägt als die rechte. Die Zunge zittert kaum und ist belegt. Es besteht geringer Tremor manuum und Druckempfindlichkeit der grossen Nervenstämme der Arme und Beine. Die Haut zeigt schwaches vasomotorisches Nachröten. Die Sensibilität ist nicht gestört, vielleicht besteht etwas Hyperästhesie. Die Arterien sind leicht rigide.

Fall 6. J. K., geb. 1875. Aufenthalt in der Klinik: 7. 1.—22. 1. 1913.

Ueber Heredität ist nichts bekannt. Pat. hat in der Schule gut gelernt, war dann Knecht. Er hat bei der Artillerie ohne unangenehme Zwischenfälle gedient und ist als Gefreiter entlassen worden. Vor 12 Jahren hat er sich verheiratet; 5 gesunde Kinder. Ehe war anfangs glücklich. Pat. war zunächst an einer Brauerei angestellt; dort trank er etwa 2 Liter Bier täglich, ohne trunken zu werden. Erst mit 32 Jahren, als er ein Wäschereigeschäft übernommen hatte, begann er, wie seine Frau angibt, quartalsweise Kognak und Bier bis zur Trunkenheit zu sich zu nehmen. Wenn er in der Zwischenzeit nach Anstrengungen einmal tränke, so kann er sich auch nicht halten und trinkt fort. Tagelang arbeitet Pat. dann nicht, liegt tagsüber im Bett, klagt über Magenweh und Kopfschmerzen, die des Abends verschwunden sind, und läuft dann wieder ins Wirtshaus. Plötzlich hört er dann auf zu trinken und äussert Reue über sein Tun, hält sich solide und ist „herzensgut". Eines Tages wird er wieder unruhig und behauptet schliesslich, er habe in der Stadt

zu tun, wo er dann wieder trinkt. Bisher ist Pat. in seiner Trunkenheit nie gewalttätig geworden, wohl hatte er seit einem halben Jahre mit seiner Frau wegen seiner Trinkerei öfter Streit; als er aber jetzt nach seinem letzten Anfall, nach 2 Stunden schon bis zur Sinnlosigkeit betrunken, nach Hause gekommen sei, hätte er zunächst die Mädchen ausgescholten, sie hätten nichts getan, dann hat er mit seiner Frau Streit gesucht, sie geschlagen und schliesslich die Treppe hinuntergeworfen, so dass sie krank wurde. Nach der Angabe seiner Frau hat Pat. schon vor einem Jahr halluziniert, er hätte damals gegen die Wand telephoniert, und jetzt vor fünf Wochen hätte er Männer gesehen und Eifersuchtsideen geäussert. Diese Behauptungen bestreitet Pat. aber; von dem behandelnden Arzt wird er als euphorisch und einsichtslos bezeichnet.

Wegen seiner Gewalttätigkeiten und wegen Lärmens — nach Ansicht des Pat. sei auch dies nicht so schlimm gewesen — ist er von seiner Frau in die Klinik gebracht worden. Pat. geht bei der Erhebung der Anamnese über die Vorgänge vor seiner Aufnahme mit einem Lächeln hinweg.

Aus dem Status ist bemerkenswert, dass sein Gesicht stark gerötet und unsymmetrisch ist und die Augenbrauen zusammengewachsen sind. Die Pupillen sind normal. Die Zunge wird gerade herausgestreckt, ist belegt und zittert fein. Die Sprache ist unbeholfen. Die Reflexe zeigen nichts Besonderes. Quinquaud positiv. Die Nervenstämme sind nicht druckempfindlich.

Während seines Aufenthaltes in der Klinik zeigt er sich den Bekehrungsversuchen zur Abstinenz von seiten des Stadtmissionars ablehnend. Er wird nochmals als einsichtslos bezeichnet und als gemütsroh hingestellt, da er die Nachricht von einer schweren Erkrankung der Frau ohne Interesse hinnimmt.

Fall 7. E. H., geb. 6. 6. 1870. Klinikaufenthalt: 1. 10.—5. 10. 1906.

Geisteskrankheiten sind seines Wissens nicht in seiner Familie vorgekommen. Sein Vater soll nicht Potator gewesen sein, dagegen sein Grossvater väterlicherseits und ein Bruder seiner Mutter in hohem Grade; letzterer sei etwas seltsam gewesen und habe sich aus unbekannter Ursache ertränkt. Seine 6 Geschwister hätten als Kinder bis zu 2 Jahren Krämpfe gehabt, ein Bruder ist daran gestorben. Eine Schwester (Krankenpflegerin) hat durch Schreck eine Lähmung am Bein bekommen.

Pat. selbst glaube, als Kind keine Krämpfe gehabt zu haben. In der Schule hat er gut gelernt. Er hat beim Militär gedient; angeblich sei er einmal bei der Parole bewusstlos umgefallen, ist aber nicht krank abgeführt worden. Er hat nie an Einnässen gelitten und sich auch nie auf die Zunge gebissen oder sonst verletzt, auch nicht bei den angeblichen Schwindelanfällen, die er im vorigen Sommer nach einer Lungenentzündung bekommen hätte: er bekam dabei Druck auf den Leib, Herzklopfen, auch übel sei es ihm geworden; hingefallen sei er zweimal.

Seit seinem 27. Lebensjahr trinke er ziemlich viel, nicht regelmässig, sondern tourenweise (alle 6 bis 8 Wochen); in der Zwischenzeit ist er ganz enthaltsam aus Furcht vor dem Gefängnis; denn jedesmal hätte er in seiner Trunkenheit Dummheiten, wie Widerstand gegen die Staatsgewalt, Hausfriedens-

bruch u. dgl. gemacht, von denen er nachher gar nichts wisse. Aber wenn die Touren kämen, so müsse er absolut trinken und zwar starke Sachen; er könne dann nichts dagegen machen. Er trinke dann einen Tag lang und sei jedesmal stark betrunken.

H. gibt an, dass er ein paar Tage, bevor die Touren kämen, still zurückhaltend und menschenscheu sei; er habe schon seiner Umgebung gesagt, man möge dann auf ihn achten.

Jetzt sei er eben aus dem Gefängnis entlassen worden und habe nun wieder getrunken, für mehr als M. 3,00 Schnaps. In einer Wirtschaft habe er sich noch eine Schlafmarke für die Herberge gelöst, er wisse aber nicht, wie er aus der Wirtschaft herausgekommen sei; später ist H. von einem Schutzmann festgenommen worden. H. soll in der Herberge Ratten gesehen und mit dem Messer nach der Richtung gestochen haben; auch auf der Strasse hat er mit dem Messer herumgefuchtelt. Im Transportwagen hat Patient anscheinend auch Gestalten gesehen. Bei seiner Aufnahme sitzt er in starrer Haltung da, riecht stark nach Alkohol. Auf Anruf reagiert H. zunächst nicht; dann fragt er plötzlich, wo er sei, versinkt aber gleich wieder. Nach einiger Zeit gibt er seinen Namen an und zeigt die Zunge, die etwas zittert. Geringer Tremor manuum. Widerstrebend folgt er auf die Abteilung und starrt dort plötzlich in eine Ecke, „da sind sie“ ausrufend. Ohne sichtbaren Affekt weicht er zurück und verlangt nach seinem Messer. Er lässt sich beruhigen, steht sofort wieder vom Bett auf und stellt die bereits beantwortete Frage: „Wo er sei?“ zu wiederholten Malen; dann klagt er über Beklemmungen im Leib und dass er nicht liegen könne.

Seine Pupillen sind mittelweit, gleich und rund. R/L positiv, R/C positiv, A.B. frei. Patient hat ein blasses anämisches Gesicht. Sein Schädel ist weder druck- noch klopfempfindlich. H. hat mehrere auf der Unterlage verschiebliche Narben auf dem Hinterkopf, die von Schlägereien herrühren. H. hat eine niedere Stirn und ein unsymmetrisches Gesicht; die Ohrläppchen sind angewachsen, sehr wenig entwickelt. Die Reflexe sind normal. Die Nervenstämme nicht druckempfindlich. Die Arterien sind etwas rigide.

Beim Studium der ersten sechs Krankengeschichten kann kein Zweifel herrschen über die Eingangs behandelte Behauptung, die Dipsomanie sei nicht epileptischer Natur. In keiner dieser Krankengeschichten finden wir epileptische oder epileptoide Antezedentien erwähnt; keiner der Patienten hat an nächtlichem Aufschreien, Bettnässen, Krämpfen oder dergleichen Zeichen epileptischer Erkrankung in der Jugend gelitten, bei keinem sind Schwindelanfälle, Ohnmachten oder sonstige Zustände veränderten Bewusstseins oder typische epileptische Anfälle bemerkt worden.

Der unter Nr. 7 erwähnte Fall könnte die Vermutung, dass es sich um einen Epileptiker handle, nahe legen, jedoch hat man, da während des Aufenthalts in der Klinik kein Anfall irgend welcher Art aufge-

treten ist, nach Würdigung aller anderen Umstände, z. B. auch derer, unter welchen die angeblichen Schwindelanfälle aufgetreten sind, in der psychiatrischen Klinik von der Diagnose Epilepsie Abstand nehmen müssen. Die Schwindelanfälle finden durch die noch während des jetzigen Krankenhausaufenthalts bestehende Anämie ihre Erklärung. Es ist also unter allen Dipsomanen der Klinik kein sicherer Epileptiker, ein Befund, der gegen die von der Kräpelin'schen Schule aufgestellte Behauptung spricht.

Schwieriger gestaltet sich die Entscheidung, ob man nach den vorliegenden Krankengeschichten die Dipsomanie als eine Psychose sui generis ansehen soll. In den Fällen 1—3 kann von Entartung keine Rede sein; auch der Fall 4 kann trotz des Auftretens von ängstlichen Träumen und des häufigen Wechsels seines Berufes nicht als entartet angesehen werden; denn einmal finden sich in seinem Status keine Zeichen von Entartung, andermal ist er jetzt allgemein in seinem Beruf als tüchtiger, geschickter, sogar schlauer Mensch bekannt, den man trotz seiner durch die Erkrankung bedingten zeitweisen Unzuverlässigkeit in seiner schwierigen Stellung behält. Bei Fall 5 könnten das unstete Wanderleben in seiner Jugend und das schlechte Vorwärtskommen auf mangelnde Vollwertigkeit deuten, doch wird auch er ausdrücklich als tüchtig hingestellt. Ebenso kann man bei Fall 6 nicht unbedingt von einem Entarteten sprechen, obwohl die erbliche Belastung in alkoholischer Beziehung von Seiten des Vaters, in psychischer von Seiten der Mutter und vielleicht aus diesen Gründen psychische Erkrankung der Schwester dafür sprechen; denn auch er wird von seiner Frau als vollwertiger, tüchtiger und arbeitsamer Mensch hingestellt. Etwas ungünstiger liegen die Verhältnisse bei Fall 7. Hier könnte Entartung vorliegen, zudem geben die Krämpfe seiner sechs Geschwister zu denken. Es finden sich auch im Status Missbildungen erwähnt, die vielleicht auf Degenerationen hinweisen.

Trotz der beiden letzten Fälle kann man wohl nicht behaupten, dass alle Dipsomanen Entartete seien. Ich erwähne den bekannten Dipsomanen Fritz Reuter, den man wahrlich nicht als Entarteten hinstellen kann, und füge aus eigener Anschauung noch einen Fall von ausgesprochener Dipsomanie hinzu, bei einem Mann, der ein ausserordentlich tüchtiger Heizer und Maschinist und, wie man sagt, pfiffiger Kopf ist und von seinem Chef wegen seiner Tüchtigkeit trotz seiner Trinkperioden nicht gemisst werden möchte. Er bietet ausser rohen Gesichtszügen absolut keine Zeichen von Degeneration und besitzt für seinen Stand eine gewisse Intelligenz. Man muss sich daher wohl der auf eine grössere Zahl von Beobachtungen beruhenden Behauptung

Higier's und anderer Forscher anschliessen, dass die Dipsomanie eine Psychose sui generis sei, dass die Dipsomanen nicht unbedingt Degenerierte seien und dass nicht immer Alkoholmissbrauch in der Aszendenz oder bei den Erkrankten selbst vorher bestanden habe.

Entsprechend den bereits erwähnten Schwierigkeiten bei der Feststellung, ob es sich bei den Verstimmungen der Dipsomanen um primäre handelt oder nicht, kommt man auch auf Grund der vorliegenden Krankengeschichten nicht zu einer endgültigen Entscheidung. Die Mehrzahl der Kranken erklärt wenigstens zunächst, dass sie über die Entstehung ihrer Verstimmungen keinen Aufschluss geben können, einige, die wohl nur nach Gründen für ihre Verstimmungen suchen, wie Fall 1 und 4, machen später Aerger im Dienst verantwortlich; jedoch genügt dem Patienten bei Fall 4 der Aerger nicht, um derartig zu trinken, „er macht sich Gedanken, wie das alles so gekommen ist", und gibt auch zu, dass er sich ohne Grund aufregte. Fall 6 gibt sogar klar an, dass der Aerger und die grosse Reizbarkeit später auftreten, zuerst hätte er Druck im Kopf und fühle sich körperlich unbehaglich. Es scheint somit, als ob die von Pappenheim vertretene Behauptung zu recht bestehe, dass es sich teils um reaktive, teils um primäre Verstimmung handle.

Was nun die letzte der aufgeworfenen Fragen anbetrifft, welche Umstände den Kranken zum Trinken veranlassen, so geben fast alle Patienten ausdrücklich an, dass Verstimmungen über Geldverluste oder Aerger die Veranlassung seien, den sie wohl, wie man sagt, hinunterspülen wollen. Dies geben Fall 1, 2 und 4 unumwunden zu, jedoch kommen bei Fall 1 öfter äussere Veranlassungen zum Trinken vor, einmal sogar, wie bei Fall 6, angeblich nur der Durst; Fall 3 und 5 werden durch Vermögensverluste zum Trinken veranlasst. Dass dieser Alkoholgenuss nur dem Zwecke der Befreiung von der Verstimmung diene, erhellt wohl aus den Angaben des Falles 7, der am liebsten scharfe Sachen trinkt, und aus Fall 5, der unumwunden erklärt, er müsse die unangenehmen Empfindungen betäuben.

Auffällig ist noch und und daher besonders erwähnenswert, dass von den sieben Fällen nicht weniger als fünf den Versuch machten oder die Absicht hatten, nach einem Anfall sich das Leben zu nehmen, eine Tatsache, die der in der Literatur vertretenen Ansicht, Dipsomanen verübten in ihrer gedrückten Stimmung nach dem Anfall nie Selbstmord, widerspricht.

An dieser Stelle sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Professor Dr. Siemerling, für die Anregung zu

dieser Arbeit, für die Ueberlassung der Krankengeschichten und für die gütige Unterstützung, die er mir bei der Anfertigung der Arbeit zuteil werden liess, meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

Alter, W., Ein Fall von Dipsomanie. Arch. f. Psych. Bd. 67. S. 826.

Aschaffenburg, Ueber gewisse Formen der Epilepsie. Wandervers. d. südwestd. Neurol. u. Irrenärzte. 1895. Ebendas. Bd. 27. S. 955.

Binswanger, Die Epilepsie. 2. Aufl. 1913. — Die Aufgaben und Ziele der Epilepsieforschung. Epilepsie. Bd. 1. H. 1.

Bonhöffer, Klinische und anatomische Beiträge zur Kenntnis der Alkoholdelirien. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. März 1897. — Pathogenese des Delirium tremens. Berliner klin. Wochenschr. 1901. Nr. 32.

Bratz, Veröffentlichungen über Epilepsie und Epilepsiefürsorge. Sammelbericht. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1901. Bd. 9. — Das Krankheitsbild der Affektepilepsie. Aerztl. Sachverst.-Ztg. 1907. S. 112. — Die affektepileptischen Anfälle der Neuropathen und Psychopathen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1911. S. 29.

Bratz und Leubuscher, Die Affektepilepsie, eine klinisch von der echten Epilepsie abtrennbare Gruppe. Deutsche med. Wochenschr. 1907. S. 592.

v. Brühl-Cramer, Ueber Trunksucht und eine rationelle Heilmethode derselben. Berlin 1819.

Donath, Julius, Die ererbte Trunksucht mit besonderer Rücksicht auf die Dipsomanen. Klinikai füzetek. 1911. Nr. 5.

Esquirol, Geisteskrankheiten. Deutsch von Bernhardt. Bd. 2. S. 37.

Fletscher, Dipsomanie. Brit. med. journ. 1864. S. 35.

Foville, Du delirium tremens, de la dipsomanie et de l'alcoolisme. Annales générales de méd. Octobre 1867.

Friedmann, Ueber die nicht epileptischen Absencen und kurzen narkoleptischen Anfälle. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 1906. Bd. 30.

Fuchs, Ein Fall von periodischer Trunksucht. Zeitschr. f. Staatsarzneikunde. 1837. Bd. 17.

Gaupp, Die Dipsomanie. Eine kleine Studie. Jena 1901. – Besprechung der Bonhöffer'schen Arbeit: „Ueber die alkoholischen Geistesstörungen." Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1906. — Zu Pappenheim's Vortrag: Ueber die Dipsomanie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref. 3. H. 5.

Gausler, Dipsomanie mit Verfall in moralisches Irresein bei erblicher Belastung. Maschka's Handb. d. gerichtl. Med. Bd. 4.

Gimbal, Observation d'une dipsomane. Annales méd. psych. 1905. T. 1. p. 278.

Hallopan, Dipsomanie. Philadelphia med. and surg. Rep. T. 44. March. p. 341.

Heilbronner, Pathologische Rauschzustände. Münchener med. Wochenschr. 1901. Nr. 24 u. 25. — Ueber gehäufte kleine Anfälle. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkd. 1906. Bd. 31. S. 472.

Hentze, Ein Fall von Dipsomanie. Zeitschr. f. Staatsarzneikunde. Bd. 8. 8. Ergänzungsh. S. 181—233.

Higier, Bemerkungen über Dipsomanie. Vortrag in der Neurol.-psych. Ges. in Warschau. Sitzung vom 19. Oktober 1907. Ref. Neurol. Zentralbl. Bd. 28. S. 781.

Kahlbaum, Ein internationaler Vortrag zur rationellen Behandlung der Dipsomanie. Verhandl. des X. internat. med. Kongr. 1890. Bd. 4. Abt. 9. S. 108 ff.

Kräpelin, Psychiatrie. 8. Aufl. Leipzig 1909.

Krafft-Ebing, R. v., Lehrbuch der Psychiatrie. 7. Aufl. 1903.

Kratter, Ein Beitrag zur forensischen Beurteilung der Dipsomanie. Friedreich's Blätter. 1896. S. 161.

Leroy et Anthéaume, Un cas de dipsomanie morphinique. Revue de psych. November 1899.

Magnan, De l'alcoolisme. Paris 1874. — De la dipsomanie. Progrès méd. 1884. Nr. 4, 5, 6, 8, 12, 14.

Magnan et Briand, Leçons cliniques sur la dipsomanie. Paris 1884.

Margulicz, Ueber Pseudodipsomanie. Prager med. Wochenschr. 1899. S. 307.

Mendel, Die Manie. Monographie. 1882. S. 105—117.

Nothnagel, Durst und Polydipsie. Berlin 1881.

Oppenheim, Ueber psychasthenische Krämpfe. Journ. f. Psych. u. Neurol. Bd. 29. S. 275.

Pappenheim, Zur Epilepsie-Frage. Wiener med. Wochenschr. 1911. Nr. 41. — Ueber Dipsomanie. Zeitschr. f. Neurol. u. Psych. 1912. Bd. 11.

Prätorius, Ueber Dipsomanie. Inaug.-Diss. Berlin 1882.

Raecke, Die transitorischen Bewusstseinsstörungen der Epilepsie. Halle 1903. — Ueber epileptische Wanderzustände. Arch. f. Psych. Bd. 43. S. 398.

Rieger, Festschrift zur Feier des 50jährigen Bestehens der unterfränkischen Heil- und Pflegeanstalt. Jena 1905.

Roemer, Klinischer Beitrag zur Lehre der Dipsomanie und der psychischen Epilepsie. Sommer's Klinik f. psych. u. neurol. Krankh. Bd. 4. H. 1.

Rothamel, Ueber Dipsomanie. Inaug.-Diss. Berlin 1884.

Schenk, Periodizität der Trunksucht. Der Alkoholismus. 1906. S. 154. — Periodische Trinker. Deutsche med. Zeitschr. 1909. Nr. 41.

Schröder, Dipsomanie. Vortrag in der Breslauer psych.-neurol. Vereinigung. Sitzung vom 15. Mai 1911. Ref. Berliner klin. Wochenschr. 1911. Nr. 27.

Siemerling, Kasuistische Beiträge zur forensischen Psychiatrie. Arch. f. Psych. Bd. 15. — Ueber die transitorischen Bewusstseinsstörungen der Epileptiker in forensischer Beziehung. Berliner klin. Wochenschr. 1895. Nr. 42 u. 43.

Soukhanoff, Des rapports de la dipsomanie et de l'alcoolisme chronique. Journ. de neurol. 1907. No. 7. p. 121.
Stöcker, Klinischer Beitrag zur Frage der Alkoholpsychosen. Jena 1910.
Westphal, Dipsomanie, Autopsie: multiple Geschwülste der Dura mater cerebralis, Erweichungsherd und Hämorrhagien im Pons. Lues? Charité-Annalen. Jahrg. 1. S. 471.
Wilmanns, Ueber Gefängnispsychosen. Halle 1908.
With, Ueber Dipsomanie. Inaug.-Diss. Berlin 1869.
Wwendenski, Zur Kasuistik der Dipsomanie. Korsakow's Journ. 1907. Bd. 4. — Geruchshalluzinationen unter den Vorboten des dipsomanischen Anfalls. Psychiatrie d. Gegenw. 1912. Bd. 6.
Ziehen, Psychiatrie. 3. Aufl. Leipzig 1908.

Lebenslauf.

Ich, Bernhard, Alfred, Ottomar Friderici, wurde geboren am 24. Oktober 1886 zu Wriezen, Provinz Brandenburg, als Sohn des Fabrikbesitzers Hermann Friderici und seiner Gattin Margarethe, geb. Schomburgk. Meinen ersten Unterricht genoss ich am Realprogymnasium meiner Vaterstadt. Nach bestandenem Schlussexamen dieser Anstalt besuchte ich das Realgymnasium zu Frankfurt a. O. und das Friedrich-Wilhelm-Realgymnasium zu Stettin, das ich Ostern 1908 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Um mich dem Studium der Medizin zu widmen, bezog ich darauf die Universität Bonn, wo ich am Ende des 5. Semesters das ärztliche Vorexamen bestand. Meine klinischen Studien betrieb ich an den Universitäten in München, Berlin und Kiel; an letzterer beendigte ich am 17. Juni 1913 das medizinische Staatsexamen. Während des praktischen Jahres beschäftigte ich mich an der Heil- und Pflegeanstalt in Stephansfeld und am allgemeinen Krankenhaus in Bad Homburg. Im Begriff eine Assistenzarztstelle in Breslau zu übernehmen, wurde ich zum Samariterwerk für unsere tapferen Soldaten ins Feld gerufen.